

**MARIANA QUIRINO TUBONE**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA  
EM PACIENTES PORTADORES  
DE DOENÇA CEREBROVASCULAR  
DO TIPO ISQUÊMICO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito para a conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2007**

**MARIANA QUIRINO TUBONE**

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA  
EM PACIENTES PORTADORES  
DE DOENÇA CEREBROVASCULAR  
DO TIPO ISQUÊMICO**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de  
Santa Catarina, como requisito para a conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Coordenador: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima  
Professor Orientador: Prof. Dr. Paulo Norberto Discher de Sá  
Professor Co-orientador: Prof. Dr. André Sobierajski dos Santos**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2007**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais,  
Izaura Maria Quirino Tubone e Hideyki Tubone,  
meus grandes exemplos, por não medirem esforços  
a fim de proporcionar aos seus filhos  
a melhor qualidade de vida.*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, **Hideyki Tubone** e **Izaura Maria Quirino Tubone** e irmãos, **Thiago Quirino Tubone** e **Luiz Felipe Tubone**, por me ensinarem o significado e a importância de uma família e por estarem sempre ao meu lado me apoiando e me guiando.

Ao meu namorado **Antônio de Pádua Goulart Constantino** por todo amor, carinho e companheirismo nesses quatro anos.

A todos os meus familiares, em especial à minha tia **Rita de Cássia Quirino Ramos**, minha “segunda mãe”, e à minha querida avó **Neli da Silva Quirino**, por quem guardo boas lembranças e muitas saudades.

A todos os meus amigos da Med021 por esses seis anos de convivência, especialmente à minha inseparável amiga **Thais Kroeff Machado**, por estar sempre ao meu lado e me ensinar o que é uma verdadeira amizade.

Ao meu “orientador”, **Dr. André Sobierajski dos Santos**, por quem tenho grande admiração, não só pela imensa ajuda na confecção deste trabalho, mas também pelos conselhos que muito utilizarei nesses próximos anos.

Ao **Dr. Paulo Norberto Discher de Sá**, pela atenção e pelo apoio neste trabalho.

Em especial, a Deus, pois sem Ele nada disso seria possível.

## RESUMO

**Objetivos:** Avaliar a qualidade de vida dos pacientes após o evento cerebrovascular isquêmico. Identificar fatores prognósticos da qualidade de vida dos pacientes após a DCV. Comparar a habilidade do SSQOL (questionário específico de avaliação da qualidade de vida), em relação aos questionários genéricos, em identificar os fatores que alteram a qualidade de vida dos pacientes após o evento isquêmico.

**Métodos:** Uma amostra de 90 pacientes foi avaliada através das medidas de qualidade de vida SSQOL e do SF-36. Informações demográficas, sintomas depressivos, incapacidade funcional e a severidade da DCV também foram avaliadas.

**Resultados:** Entre os entrevistados, 52% eram homens, a idade média foi de 59 anos e em 49% a lesão isquêmica foi proveniente da aterosclerose de uma artéria de grande calibre. A qualidade de vida atual foi igual à qualidade de vida antes do evento em 33% destes. O escore médio do SSQOL foi de  $167 \pm 50$ , e do SF-36 foi de  $52 \pm 27$ . Todas as escalas avaliadas apresentaram resultados estatisticamente significativos em diferenciar os pacientes classificados conforme a subescala específica do SSQOL.

**Conclusão:** O SSQOL apresentou capacidade superior em relação ao SF-36 em: identificar os fatores prognósticos após a DCV e diferenciar o grau de incapacidade física dos indivíduos.

**Palavras-chave:** Doença Cerebrovascular; Qualidade de Vida; Questionário Específico de Avaliação da Qualidade de Vida (SSQOL).

## ABSTRACT

**Objective:** To assess quality of life post-stroke. To identify the predictors of quality of life in stroke survivors. To compare the ability of SSQOL with SF-36 in identify the predictors of overall health related quality of life (HRQOL).

**Method:** A total of 90 patients were evaluated with the SSQOL and the SF-36. Demographic factors, depressive symptoms, impairments, functional limitations and stroke severity were also measured.

**Results:** Fifty-two percent of patients were men, the mean age of the subjects was 59 years and 49% had stroke by large-artery atherosclerosis (thrombosis/embolus). The overall HRQOL was the same as prestroke in 33% patients. SSQOL scores were  $167 \pm 50$ , and SF-36 scores were  $52 \pm 27$ . All the scales had significantly different outcomes in compare between patients rating their overall HRQOL the same as prestroke versus those with overall HRQOL worse than prestroke.

**Conclusion:** The SSQOL had more ability in identify the predictors of overall HRQOL and in differentiate stroke-related disability.

**Key-words:** Stroke; Quality of Life; Stroke-Specific Quality of life (SSQOL).

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Dados demográficos observados nos participantes (n=90).....	11
<b>Tabela 2</b> – Classificação dos pacientes quanto às escalas NIHSS, IDB, IB, Rankin modificada e TOAST.....	12
<b>Tabela 3</b> – Características dos dados demográficos e dos escores médios das escalas em relação à QVRS classificados conforme a sub-escala específica do SSQOL.....	13
<b>Tabela 4</b> – Escores médios dos domínios específicos do SSQOL em relação à QVRS classificados conforme a sub-escala específica do SSQOL.....	14
<b>Tabela 5</b> – Comparação entre os escores médios dos instrumentos SSQOL e SF-36 na avaliação da QVRS em relação aos 4 níveis da escala de Rankin modificada.....	15
<b>Tabela 6</b> – Correlação entre os domínios específicos de mesmo constructo teórico das escalas SSQOL e SF-36.....	16

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA .....	iii
AGRADECIMENTOS .....	iv
RESUMO .....	v
<i>ABSTRACT</i> .....	vi
LISTA DE TABELAS .....	vii
SUMÁRIO .....	viii
1 INTRODUÇÃO .....	1
2 OBJETIVOS .....	5
2.1 Objetivo Geral .....	5
2.2 Objetivos específicos .....	5
3 MÉTODOS .....	6
3.1 Desenho do estudo .....	6
3.2 População do estudo .....	6
3.3 Local do estudo .....	6
3.4 Procedimentos .....	7
3.5 Instrumentos .....	7
3.6 Método .....	8
3.7 Análise Estatística .....	8
3.8 Aspectos éticos .....	9
4 RESULTADOS .....	10
5 DISCUSSÃO .....	17
6 CONCLUSÃO .....	21
REFERÊNCIAS .....	22
NORMAS ADOTADAS .....	26
ANEXOS .....	27
APÊNDICES .....	34



## 1 INTRODUÇÃO

Doença cerebrovascular (DCV) é uma enfermidade caracterizada pelo evento isquêmico prolongado o suficiente para produzir necrose neural ou infarto em pelo menos parte do território de uma artéria cerebral afetada. O efeito neurológico subsequente pode durar dias, semanas ou toda a vida do paciente <sup>1</sup>.

A DCV é a principal causa de morbidade e a terceira causa de mortalidade em homens e mulheres nos Estados Unidos da América, sendo superada apenas pelas doenças cardíacas e pelo câncer <sup>2,3</sup>. Por ano, aproximadamente 700.000 indivíduos apresentam um novo episódio ou um episódio recorrente de DCV, sendo que, em mais de 160.000 casos, este evento é fatal <sup>4</sup>. No Brasil, as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de morte em ambos os gêneros. Entre estas, a DCV foi a primeira causa de morte entre as mulheres, representando 33,6% do total, e a segunda causa entre os homens, com 31,5% de todos os óbitos, sendo estes ultrapassados apenas pelas doenças isquêmicas do coração (33,3%). Em 2003, o índice de mortalidade por DCV foi de 51 por 100 mil habitantes <sup>5,6</sup>.

A mortalidade no primeiro ano após a DCV tem sido estimada entre 15% e 25%, a recorrência entre 5% e 14%, e a incapacidade parcial ou completa entre 24% e 54% <sup>7</sup>.

A partir da década de 1960 e início dos anos de 1970, um declínio da mortalidade por doenças do aparelho circulatório e DCV começou a ser observado nos países industrializados, principalmente nos Estados Unidos, Canadá e nos países do Oeste Europeu. Entretanto, no Brasil, esta redução foi somente verificada a partir de 1985 <sup>5,6,8</sup>. De acordo com o estudo que avaliou a tendência do risco de morte por DCV no Brasil e nos estados de Pernambuco, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Mato Grosso do Sul e Mato Grosso <sup>5</sup>, houve um declínio deste risco para ambos os sexos e todas as faixas etárias em todos os estados, com exceção de Mato Grosso e Pernambuco.

Dados epidemiológicos coletados da American Heart Association (AHA) mostram a importância e a gravidade desta condição mórbida. Nos EUA, a cada 45 segundos um indivíduo é acometido por um evento vascular <sup>4</sup>, e cerca de 50% das internações relativas a casos neurológicos decorrem de DCV <sup>9</sup>. O custo de vida por paciente é estimado entre US\$59.800 e

US\$230.000 <sup>10</sup>. No Brasil, a DCV representa 8.2% das internações e 19% dos custos hospitalares do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS <sup>9</sup>.

Estima-se que, para o ano de 2020, a DCV associada à doença da artéria coronária serão as principais responsáveis pela perda de anos de vida <sup>10</sup>.

A doença cerebrovascular é também a principal causa de invalidez, apresentando conseqüências emocionais e socioeconômicas de grande impacto não somente para o paciente, mas também para seus familiares e para o Estado <sup>10</sup>. Ela acarreta, freqüentemente, conseqüências negativas para o sobrevivente, como aumento da dependência de outras pessoas para as atividades da vida diária, alterações do humor e uma ruptura na interação social com os amigos e membros da própria família, o que pode resultar em um importante rebaixamento da qualidade de vida destes indivíduos <sup>11,12,13</sup>.

Apesar do enorme impacto pessoal e social da DCV, o melhor método para avaliar as conseqüências desta ainda não está claro <sup>14</sup>. Trabalhos recentes revelaram que, para avaliar o impacto da DCV, não é suficiente considerar a perda da função neurológica e a incapacitação provocadas pelo evento isquêmico, uma vez que existem outros fatores implicados nesta análise <sup>15,16</sup>. A qualidade de vida após a DCV e a percepção do paciente sobre sua saúde são importantes fatores que têm recebido a devida atenção a partir de 1990. Assim, as informações sobre qualidade de vida relacionada à saúde têm sido incluídas tanto na comparação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde <sup>17</sup>.

O conceito de qualidade de vida pode ser interpretado em diversas perspectivas, incluindo o bem-estar físico, psicológico e espiritual, além dos aspectos social, econômico e político. A qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) é definida por Badía e colaboradores <sup>18</sup> como o valor que é atribuído à duração da vida que é modificada pela incapacidade, pelo estado funcional, pela percepção e pelas conseqüências sociais devido a uma enfermidade, um acidente ou uma decisão política, social ou sanitária. A Organização Mundial de Saúde (OMS) <sup>19</sup>, através do grupo de estudo sobre qualidade de vida, definiu-a como sendo “a percepção individual da posição do indivíduo na vida dentro do contexto de sistemas de cultura e de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Trata-se de um conceito de ampla abrangência, envolvendo a saúde física pessoal, o estado psicológico, o nível

de independência, o relacionamento social e as suas relações com fatos relevantes do meio ambiente.

A QVRS deve ser avaliada de forma multidimensional <sup>7,20,21</sup>. Esta abrange, pelo menos, quatro domínios: físico, funcional, psicológico e interação social. O primeiro domínio refere-se aos sintomas físicos, dolorosos ou não, causados pela enfermidade ou pelo tratamento; o segundo compreende a mobilidade, a capacidade de se relacionar com a família e amigos e de cuidar de si próprio. O domínio psicológico inclui a função cognitiva e emocional, a percepção subjetiva do paciente sobre a sua saúde e a sua satisfação de vida. No domínio social, inclui a interação social com os amigos e membros da própria família, também seu estado de auto-estima frente a sua enfermidade crônica <sup>7,22</sup>.

A investigação da qualidade de vida na DCV é útil para compreender as reações do paciente no que diz respeito à enfermidade, e também para avaliar as eficácias das intervenções terapêuticas <sup>22</sup>.

A qualidade de vida pode ser avaliada por meio de instrumentos genéricos e específicos <sup>20</sup>. Os instrumentos genéricos são delineados para avaliar a qualidade de vida entre diferentes populações e enfermidades <sup>20,22</sup>. Estes nos permitem realizar comparações entre a qualidade de vida dos indivíduos com diferentes patologias, e também realizar estudos de análise de custo e benefício <sup>22</sup>. Em contrapartida, os instrumentos doença-específicos são delineados para medir a qualidade de vida a determinada doença ou problema com questões e escalas específicas àquela doença <sup>20</sup>.

Entretanto, avaliar a qualidade de vida em indivíduos portadores de doença cerebrovascular é difícil devido à heterogeneidade de sintomas e déficits decorrentes desta doença, além das seqüelas social e psicológica freqüentemente presentes <sup>20</sup>.

Hoje, grande parte das avaliações da qualidade de vida em pacientes com DCV utilizam questionários genéricos, a exemplo do EuroQol e dos Estudos de resultados médicos – versão curta de 36 itens (SF-36) <sup>22,23</sup>. No entanto, estes apresentam várias desvantagens quando aplicados em pacientes portadores de DCV <sup>14,20,22</sup>:

1. Algumas escalas não abrangem áreas específicas que são potencialmente prejudicadas pela DCV, como questionamentos sobre linguagem, função das mãos, cognição ou visão (validade do conteúdo dos domínios)

2. As medidas genéricas de qualidade de vida podem não detectar importantes alterações clínicas presentes nos sobreviventes (sensibilidade)
3. As medidas genéricas, quando aplicadas na DCV, não são capazes de diferenciar as conseqüências do evento
4. As medidas genéricas não possuem validade para o uso pelos responsáveis de pacientes, quando aqueles respondem por estes, a exceção do EuroQol

Uma medida de qualidade de vida sensível que inclui domínios comumente afetados pela DCV pode ser útil para avaliar a eficácia do tratamento em pacientes com diferentes déficits e avaliar o impacto da DCV na qualidade de vida do paciente <sup>20</sup>.

Embora se institua a vantagem da aplicação de questionários específicos na avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doença cerebrovascular, até hoje, existem poucos estudos que comprovem a vantagem na aplicação do mesmo em relação aos questionários genéricos.

Na busca de estudos realizados no Brasil sobre a qualidade de vida em pacientes após a DCV, nas bases de dados Lilacs e MEDLINE, foram encontrados poucos estudos que avaliam a qualidade de vida desses pacientes. Devido ao fato de estes estudos terem sido efetuados na Europa e Estados Unidos, culturas bastante diferentes da nossa, fica clara a necessidade de trabalhos brasileiros a fim de desenvolver programas mais adequados de tratamento e reabilitação desses pacientes, além de ampliar o olhar dos profissionais de saúde e familiares sobre o indivíduo doente e seus anseios.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

O presente estudo tem como objetivo avaliar a qualidade de vida em pacientes portadores de Doença Cerebrovascular (DCV) do tipo Isquêmico.

### **2.2 Objetivos específicos**

- avaliar a capacidade do instrumento específico de avaliação da qualidade de vida (SSQOL), em relação à escala genérica (SF-36), em identificar os fatores que alteram a qualidade de vida dos pacientes após o evento cerebrovascular.
- avaliar a associação linear entre os domínios que avaliam o mesmo constructo teórico do SSQOL e SF-36.
- avaliar a capacidade discriminativa do SSQOL e do SF-36.

### **3 MÉTODOS**

#### **3.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo observacional transversal.

#### **3.2 População do estudo**

A população de estudo foi composta por pacientes em tratamento no setor de Reabilitação Neurológica do Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) em Florianópolis, Santa Catarina. Os pacientes foram selecionados em forma sequencial não aleatória conforme a listagem fornecida pelo setor de prontuários desta Instituição.

Uma amostra de 90 pacientes foi selecionada entre os que preencheram os critérios de inclusão: idade acima de 45 anos, diagnóstico de Doença Cerebrovascular do Tipo Isquêmico, evolução superior a três meses da data do evento cerebrovascular.

Foram coletados dados demográficos como idade, gênero, raça, grau de instrução e hemisfério cerebral acometido.

Excluíram-se deste estudo os participantes que apresentavam um dos seguintes critérios: outras doenças cerebrovasculares, distúrbios psiquiátricos e cognitivos, alterações neurológicas envolvendo os mecanismos de linguagem que os impedissem de compreender e responder às questões de forma fidedigna e comorbidades graves associadas que pudessem alterar a qualidade de vida.

#### **3.3 Local do estudo**

O estudo foi realizado no Centro Catarinense de Reabilitação (CCR) em Florianópolis, Santa Catarina. O CCR é um órgão público de atendimento ambulatorial a pacientes com necessidade de reabilitação neurológica.

### 3.4 Procedimentos

Foram entrevistados os pacientes que, após o esclarecimento por parte da pesquisadora, aceitaram participar do estudo assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a avaliação da qualidade de vida, utilizaram-se dois instrumentos: o SSQOL (Instrumento Específico de Avaliação da Qualidade de Vida em Pacientes com DCV) e o SF-36 (Instrumento Genérico de Avaliação da Qualidade de Vida). A avaliação dos sintomas depressivos foi feita mediante o uso do Inventário de Depressão de Beck (IDB). Utilizou-se a escala de doença cerebrovascular do “Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos da América” (NIHSS) para classificar os participantes de acordo com a severidade clínica da doença. Finalmente, o grau de incapacidade funcional foi avaliado através dos questionários Índice de Barthel (IB) e escala de Rankin Modificada (eRm). Os pacientes também foram classificados conforme o subtipo da DCV do tipo isquêmico utilizando os critérios do *Trial of ORG-10172 in Acute Stroke Treatment* (TOAST).

### 3.5 Instrumentos

O SSQOL foi desenvolvido na língua inglesa por Willians et al <sup>20</sup> para avaliar a qualidade de vida em portadores de DCV. Foi utilizada a versão traduzida para o português, aplicada em amostras brasileiras <sup>24</sup>. O questionário consta de 49 itens agregados em 12 domínios: mobilidade (6 itens), energia (3), função do membro superior (5), trabalho/produktividade (3), ânimo (5), cuidados pessoais (5), relação social (5), relação familiar (3), visão (3), linguagem (5), modo de pensar (3), comportamento (3). A quantificação das respostas é realizada por meio da escala de pontos do tipo Likert de 1 a 5. A primeira parte refere-se ao grau de dificuldade do indivíduo em exercer tarefas específicas, variando de incapacidade completa (1) à ausência total de dificuldade (5), incluindo os domínios: cuidados pessoais, visão, linguagem, mobilidade, trabalho e função do membro superior. A segunda parte concerne ao grau de concordância com comentários acerca do seu funcionamento global na última semana, variando de concordância total (1) à discordância total (5), e inclui os domínios: modo de pensar, comportamento, relação social, relação familiar, ânimo e energia. Complementando os 49 itens, o entrevistado é questionado a respeito da sua qualidade de vida atual em comparação a antes do evento.

O SF-36 foi desenvolvido por Ware et al (1990) <sup>25</sup> como uma medida genérica de avaliação do estado de saúde para sua utilização em amostras de população e em estudos de avaliação das políticas de saúde. É um instrumento genérico composto por 36 itens divididos em 8 domínios: capacidade funcional, limitação por aspectos físicos, dor, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental. Os domínios são agregados em uma escala que varia de 0 a 100, onde 100 representa o melhor estado de saúde possível <sup>25,26</sup>. Esta escala é validada para o uso em DCV <sup>27,28</sup>.

Todos os instrumentos utilizados neste estudo já foram traduzidos e adaptados para o uso na língua portuguesa <sup>29,30</sup>.

### **3.6 Método**

Para a avaliação da qualidade de vida dos indivíduos, foram aplicados os questionários SSQOL e SF-36. A ordem de aplicação foi randômica a fim de evitar fatores de confusão devido ao cansaço dos pacientes.

Foram comparados inicialmente os resultados da pergunta 13 da subescala específica do SSQOL (“No geral, a minha qualidade de vida está: muito pior, pior, um pouco pior ou igual do que antes do derrame”), que classifica os indivíduos em dois grupos de acordo com a sua impressão pessoal da qualidade de vida atual comparada à qualidade de vida antes do evento, com os domínios do SF-36 e do SSQOL, e com as médias do NIHSS, IDB, BI, SF-36, SSQOL.

Avaliou-se o grau de associação linear entre os domínios que avaliam o mesmo constructo teórico do SSQOL e SF-36.

Foi avaliada a capacidade discriminativa do SSQOL e SF-36 em diferenciar os subgrupos da escala de Rankin modificada.

### **3.7 Análise Estatística**

Todos os dados obtidos foram colocados em base de dados para análise estatística valendo-se dos programas Microsoft Excel 2003 e SPSS13. O nível de significância considerado para este estudo foi de  $p < 0,05$ .

As variáveis demográficas e os escores médios do SSQOL, SF-36, NIHSS, IB, IDB foram comparados com o SSQOL com a impressão pessoal dos pacientes utilizando o Teste *t* de Student e o Teste Qui-quadrado.



A avaliação do grau de associação linear entre os domínios equivalentes do SSQOL e SF-36 utilizou o Teste de Correlação de Pearson.

A análise estatística da avaliação da capacidade discriminativa do SSQOL e SF-36 foi feita usando a análise de variância (ANOVA) com teste post hoc de Tukey.

### **3.8 Aspectos éticos**

O estudo foi avaliado pelo Comitê de Ética para Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e recebeu aprovação de número 332/06 em Dezembro de 2006. Os pacientes foram esclarecidos sobre o estudo, sendo informados de que nada seria alterado em seu tratamento caso a decisão fosse de não participar.

## 4 RESULTADOS

Entre janeiro e novembro de 2006, foram entrevistados 90 pacientes em tratamento no setor neurológico Centro Catarinense de Reabilitação (CCR). A média de idade dos pacientes avaliados foi de 59 anos e a mediana foi de 57 anos, 52% dos pacientes eram homens, 92% eram brancos, 56% destes ocuparam a faixa etária entre 45 e 59 anos, e em 50% dos pacientes a lesão era no hemisfério direito (Tabela 1). Em relação aos critérios de TOAST, em 48,9% dos entrevistados a lesão isquêmica decorreu da aterosclerose de uma artéria de grande calibre, 15,6% foi de origem cardioembólica, em 33,3% foi decorrente de uma oclusão de um vaso de pequeno calibre e em 2,2% destes não se determinou a etiologia do evento isquêmico. A impressão pessoal sobre a qualidade de vida geral foi considerada igual a antes do evento isquêmico em 33% dos pacientes (resposta da pergunta 13 da subescala específica do SSQOL).

O escore médio do SSQOL foi de  $167 \pm 50$  e a mediana, de 162, o escore médio do SF-36 foi de  $52 \pm 27$  e a mediana, de 47. Entre os entrevistados, 42% foram classificados em relação ao IB como uma incapacidade leve, 48% como uma DCV leve de acordo com o NIHSS e 69% desses não apresentaram sintomas depressivos conforme o IDB (Tabela 2).

Quanto à classificação da qualidade de vida dos pacientes após o evento segundo a sua impressão pessoal, todos - SSQOL, SF-36, BI, IDB, NIHSS e idade – apresentaram escores médios estatisticamente significativos em diferenciar os grupos com impressão pessoal da QVRS atual igual ou pior em relação à QVRS antes do evento. A única medida que não mostrou resultado com significado estatisticamente significativo foi o gênero que apresentou  $p=0,14$  (Tabela 3).

Todos os domínios do SSQOL, exceto o domínio da linguagem, exibiram valores estatisticamente significativos em diferenciar os pacientes com igual ou pior qualidade de vida atual em relação à qualidade de vida pré-DCV. Os escores do grupo de impressão pessoal da qualidade de vida semelhante a antes do evento foram superiores em relação ao outro grupo em todos os domínios (Tabela 4).

**Tabela 1** - Dados demográficos observados nos participantes (n=90).

Variável		N	%
Gênero	Feminino	43	48
	Masculino	47	52
Raça	Branco	83	92
	Negro	7	8
Idade	Média	59	
	Mediana	57	
	Mínima	45	
	Máxima	87	
Faixa etária	45-59 anos	50	56
	60 ou mais anos	40	44
Escolaridade	Até 4 anos	35	39
	5-8 anos	15	17
	9-12 anos	20	22
	Acima de 12 anos	20	22
Lado Afetado	Direito	45	50
	Esquerdo	45	50

**Tabela 2** – Classificação dos pacientes quanto às escalas NIHSS, IDB, IB, Rankin Modificada e TOAST (n=90).

Variável	N	%
NIHSS		
DCV leve (até 3 pontos)	43	48
DCV moderada (4 a 15 pontos)	47	52
DCV grave (maior a 15 pontos)	0	0
IDB		
Sem depressão (menor ou igual a 15 pontos)	62	69
Com depressão (maior a 15 pontos)	28	31
IB		
Incapacidade leve (75 a 95 pontos)	37	41
Incapacidade moderada (50 a 70 pontos)	25	28
Incapacidade grave (0 a 45 pontos)	28	31
TOAST		
Aterosclerose de uma artéria de grande calibre	44	49
Oclusão de um vaso de pequeno calibre	14	16
Origem cardioembólica	30	33
Etiologia indeterminada	2	2
Rankin		
1- Sem incapacidade significativa	27	30
2- Incapacidade leve	14	16
3- Incapacidade moderada	23	26
4- Incapacidade moderadamente severa	26	29

NIHSS = Escala de doença cerebrovascular do Instituto Nacional de Saúde – EUA.

IDB = Inventário de Depressão de Beck.

IB = Índice de Barthel.

TOAST = *Trial of ORG-10172 in Acute Stroke Treatment*.

Rankin = Escala de Rankin Modificada.

N = Número de indivíduos.

**Tabela 3** - Características dos dados demográficos e dos escores médios das escalas em relação à impressão pessoal da QVRS dos pacientes após a DCV (n=90).

Variável	QVRS igual à anterior a DCV	QVRS pior à anterior a DCV	p
Idade, anos	54 (8)	61 (9)	0,01
Mulheres, %	11	32	0,14
Homens, %	19	28	0,14
NIHSS	2,0 (2,1)	5,7 (3,1)	0,00
BI	93 (10,3)	64,1 (25,9)	0,00
IDB	3,1 (2,9)	16,2 (8,7)	0,00
SSQOL	221,9 (25,8)	139,3 (34,1)	0,00
SF-36	82,1 (17,4)	37,5 (17,5)	0,00
Capacidade física*	62,5 (41,9)	9,6 (23,1)	0,00
Capacidade funcional*	81,3 (19,3)	22,9 (26,8)	0,00
Dor*	84,9 (20,5)	61,5 (29,8)	0,00
Vitalidade*	86 (16,5)	45,5 (28,5)	0,00
Aspecto geral de saúde*	90,5 (14,7)	58,1 (23,6)	0,00
Saúde mental*	82,5 (17,4)	39,2 (27,5)	0,00
Capacidade emocional*	76,7 (36,3)	13,9 (27)	0,00
Aspecto social*	92,1 (14,1)	49,2 (30,3)	0,00

QVRS = Qualidade de vida relacionada à saúde.

NIHSS = Escala de doença cerebrovascular do Instituto Nacional de Saúde – EUA.

IDB = Inventário de Depressão de Beck.

IB = Índice de Barthel.

SSQOL = Questionário Específico de Avaliação da Qualidade de Vida para Doença cerebrovascular.

SF-36 = Estudos de Resultados Médicos – versão curta de 36 itens.

\* Domínios específicos do Estudos de Resultados Médicos – versão curta de 36 itens .

Valores entre parênteses são os Desvio-padrão.

As análises realizadas foram o Teste *t* de Student e o Teste do Qui-Quadrado para médias independentes utilizando  $p < 0,05$ .

**Tabela 4** – Escores médios dos domínios do SSQOL em relação à impressão pessoal da QVRS dos pacientes após a DCV (n=90).

Domínios	QVRS igual à anterior à DCV (n= 30)	QVRS pior à anterior à DCV (n= 60)	p
Energia	13,8 (3,1)	7,9 (4,2)	0,00
Linguagem	22,0 (4,6)	19,3 (6,2)	0,11
Mobilidade	28,2 (3,2)	14,8 (8,9)	0,00
Visão	14,8 (0,5)	13,4 (1,7)	0,00
Função do membro superior	22,1 (3,8)	12,4 (6,3)	0,00
Modo de pensar	13,1 (3,6)	11,4 (3,6)	0,04
Ânimo	23,7 (2,6)	14,1 (5,8)	0,00
Comportamento	12,4 (2,9)	7,0 (3,7)	0,00
Trabalho/produtividade	13,7 (2,3)	6,7 (4,3)	0,00
Cuidados pessoais	23,5 (2,4)	14,5 (6,3)	0,00
Relação familiar	14,1 (2,3)	8,5 (4,2)	0,00
Relação social	20,1 (4,4)	10,0 (5,3)	0,00

SSQOL = Questionário Específico de Avaliação da Qualidade de Vida para Doença cerebrovascular.

QVRS = Qualidade de vida relacionada à saúde.

Valores entre parênteses são os Desvio-padrão.

As análises realizadas foram o Teste *t* de Student utilizando  $p < 0,05$ .

Em relação à capacidade discriminativa dos instrumentos SSQOL e SF-36 em diferenciar os subgrupos em relação à classificação funcional da escala de Rankin modificada, o SSQOL apresentou capacidade em diferenciar os subgrupos segundo a classificação da escala de Rankin com escore médio estatisticamente significativo a exceção dos subgrupos 1 e 2. Em contrapartida, o SF-36 não apresentou escore médio estatisticamente significativo em diferenciar os subgrupos 1 e 2, e 3 e 4 (tabela 5).

**Tabela 5** – Comparação entre escores médios dos instrumentos SSQOL e SF-36 na avaliação da QVRS em relação aos quatro subgrupos da escala de Rankin Modificada (n=90).

Rankin	SSQOL	SF-36	N
1 – Sem incapacidade	210,7 (33) *	73,1 (28) §	27
2 – Incapacidade leve	192,3 (43) †	70,6 (24)	14
3 – Incapacidade moderada	156,4 (40) ‡	41,8 (12)	23
4 – Incapacidade moderadamente severa	116,9 (18)	30,3 (13)	26

SSQOL = Questionário Específico de Avaliação da Qualidade de Vida para Doença cerebrovascular.

SF-36 = Estudos de Resultados Médicos – versão curta de 36 itens.

eRm = Classificação da Escala de Rankin Modificada.

N = Número de indivíduos.

\* Diferença estatisticamente significativa no escore médio do SSQOL entre os grupos 1, 3 e 4 da escala de Rankin. (p<0,01)

† Não houve diferença estatística entre os escores médios do SSQOL dos grupos 1 e 2 da escala de Rankin (p=0,343)

‡ Diferença estatisticamente significativa do escore médio do SSQOL entre os grupo 3 e 4 e os demais grupos da escala de Rankin (p<0,01)

§ Diferença estatisticamente significativa no escore médio do SF-36 entre os grupos 1, 3 e 4 da escala de Rankin (p<0,01)

|| Não houve diferenças estatísticas entre os escores médios do SF-36 dos grupos 1 e 2 e grupos 3 e 4 da escala de Rankin (p=0,98 e p=0,20 respectivamente)

Valores entre parênteses são os Desvio-padrão.

A análise realizada foi a ANOVA utilizando p<0,05.

A análise da correlação dos resultados dos domínios do SSQOL e do SF-36 que medem o mesmo constructo teórico mostrou uma correlação linear “muito alta” ( $0,80 < r < 1$ ) entre os domínios: mobilidade do SSQOL e capacidade funcional do SF-36; e uma correlação “alta” ( $0,60 < r < 0,80$ ) entre os domínios: relação social do SSQOL e aspecto social do SF-36, energia do SSQOL e vitalidade do SF-36, ânimo do SSQOL e saúde mental do SF-36 (tabela 6).

**Tabela 6** – Associação linear entre os escores médios dos domínios específicos de mesmo constructo teórico das escalas SSQOL e SF-36.

SSQOL	SF-36	r	p
Energia	Vitalidade	0,723	0,000
Mobilidade	Capacidade funcional	0,856	0,000
Ânimo	Saúde mental	0,769	0,000
Trabalho/Produtividade	Capacidade física	0,668	0,000
Relação familiar	Capacidade emocional	0,588	0,000
Relação social	Aspecto social	0,767	0,000

SSQOL = Questionário Específico de Avaliação da Qualidade de Vida para Doença cerebrovascular.

SF-36 = Estudos de Resultados Médicos – versão curta de 36 itens.

r= coeficiente de correlação de Pearson.

A análise realizada foi o Teste de Correlação de Pearson utilizando  $p < 0,05$ .



## 5 DISCUSSÃO

Numerosos estudos têm documentado que a maioria dos indivíduos apresenta um declínio da qualidade de vida após a doença cerebrovascular (DCV) e isto aparenta ser verdadeiro até mesmo em indivíduos com DCV leve <sup>17,31,32,33</sup>. Vários fatores foram identificados na alteração da qualidade de vida desses indivíduos. Idade avançada, severo prejuízo da função motora ou paralisia, perda da relação social, incapacidade de voltar ao trabalho, prejuízos cognitivos, presença de comorbidades associadas e lesões de localização supratentorial foram correlacionados com o decréscimo da qualidade de vida e, por isso, necessitam ser considerados quando se avaliam os resultados da DCV <sup>34</sup>.

A idade média encontrada neste estudo é correspondente com a maioria dos estudos prévios. A faixa etária prevalente no respectivo estudo, em contraste com estudos prévios onde a maioria dos entrevistados pertencem à faixa etária acima de 60 anos <sup>7,9,23,35,36</sup>, está entre 45 e 59 anos.

A correlação entre idade, gênero e qualidade de vida ainda permanece obscura <sup>14</sup>. O estudo de C. S. Anderson et al. <sup>27</sup> mostrou que mulheres apresentavam melhores resultados em relação à função social e saúde mental, todavia, a maioria dos autores, em concordância com o nosso trabalho, descreveu que o gênero não mostra correlação estatisticamente significativa com a qualidade de vida <sup>37</sup>, ou que mulheres apresentam resultados inferiores <sup>38</sup>. Esta pior qualidade de vida nas mulheres é afirmada no estudo de Carod-Artal et al. <sup>7</sup>, no qual elas apresentaram pior qualidade de vida em relação aos homens após um ano do evento. O autor justifica este achado apontando que a idade média da DCV em mulheres é maior que a dos homens, acarretando, com isso, seqüelas mais severas que dificultariam a recuperação da paciente e, em consequência, uma pior qualidade de vida. Em concordância com o nosso estudo, Paul et al. <sup>39</sup> relataram que a idade avançada está ligada à pior qualidade de vida em virtude de um maior número de comorbidades associadas, um risco aumentado de morte e da maior proporção dos pacientes de idade mais avançada receber tratamento em instituições públicas em comparação aos mais jovens, que, na sua maioria, recebem o apoio da família.

Estudos prévios a respeito da presença de depressão após a DCV revelaram uma prevalência de 18% a 61%, dependendo da seleção dos pacientes, dos critérios para o diagnóstico de depressão, e da duração após o evento. Fatores descritos que apresentam associação significativa com depressão incluem história prévia de depressão, baixo status funcional e o lado da lesão <sup>35</sup>. Em nosso estudo, 31% dos pacientes foram classificados como depressivos conforme a escala de Depressão de Beck. Esta influência negativa da depressão na qualidade de vida está bem documentada por vários trabalhos <sup>14,23,34,35</sup>. De acordo com o estudo Sunnybrook Stroke <sup>40</sup>, até mesmo uma depressão leve pode acarretar um significativo impacto na reabilitação funcional e na relação social do paciente, enfatizando, assim, a necessidade do diagnóstico precoce da depressão, haja vista que esta é peça fundamental para o sucesso do tratamento.

No estudo de Williams et al <sup>23</sup>, não foi observada uma associação estatisticamente significativa em diferenciar a impressão pessoal da qualidade de vida dos pacientes em todos os domínios do SF-36 e também em todos os domínios do SSQOL, exceto no domínio da relação familiar. Em contraposição, o presente estudo mostrou resultados estatisticamente significativos em diferenciar a impressão pessoal da QVRS dos pacientes em ambos os instrumentos SF-36 e SSQOL, exceto no domínio de linguagem deste. Uma provável explicação para o domínio da linguagem não ter apresentado valores estatisticamente significativos é a exclusão de indivíduos com afasia severa neste estudo. Este aspecto não tem recebido a importância necessária. Os resultados dos poucos trabalhos já realizados não foram convincentes <sup>37</sup>, entretanto, uma maior investigação e um maior número de pesquisas se fazem necessários a fim de estabelecer o verdadeiro impacto da desordem da linguagem na QVRS dos pacientes <sup>14</sup>.

A provável explicação de o nosso estudo apresentar diferenças significativas em oposição ao estudo citado <sup>23</sup> é que este avaliou os pacientes em seu estado agudo da doença ainda durante a internação hospitalar, enquanto o presente estudo avaliou os indivíduos em seu estado subagudo ou crônico, ou seja, em um tempo superior a três meses após o evento cerebrovascular. É importante ressaltar que a qualidade de vida não é uma medida fixa. Ela pode alterar com o passar do tempo à medida que o indivíduo é exposto a novas circunstâncias <sup>34</sup>. O impacto do tempo na qualidade de vida é controverso. De acordo com o estudo de Williams et al. <sup>20</sup>, a impressão pessoal da QVRS apresentou um aumento significativo entre os períodos de 3 e 6 meses. Uma deterioração da QVRS com o tempo (6 meses a 2 anos) também foi reportada <sup>33,34</sup>. Uma meta-análise de 2001 <sup>41</sup> mostrou, através da avaliação de 68 artigos, que há um aumento

considerável da função física dos pacientes que sofreram DCV entre 3 meses e 1 ano após o evento cerebrovascular, e que a maior recuperação funcional ocorre entre 3 e 6 meses. Neste mesmo estudo, a autora apresentou algumas variáveis que têm efeito positivo sobre a qualidade de vida dos indivíduos: independência para a execução das atividades da vida diária, habilidade funcional, suporte social e recursos para o cuidado com a saúde. Em seguida, mostrou também as variáveis que têm efeito negativo sobre a QVRS desses pacientes: depressão, prejuízo cognitivo, gravidade da DCV e afasia. Também, Suenkeler e colaboradores <sup>15</sup>, mediante um estudo que avaliou a qualidade de vida dos pacientes, três, seis e doze meses após a DCV, demonstraram a variação do prejuízo de alguns domínios ao longo de um ano. A relação social, a relação emocional e a saúde mental sofreram amplos decréscimos entre 6 meses e 1 ano, enquanto que a função física e a dor corporal apresentaram considerável melhora no mesmo período.

Ao se comparar a capacidade discriminativa do SSQOL e SF-36 em diferenciar os subgrupos em relação à classificação funcional da escala de Rankin, o SSQOL apresentou-se superior ao SF-36 por ser capaz de diferenciar níveis de incapacidade física muito próximos, exceto o subgrupo sem incapacidade significativa e o de incapacidade leve. Isto é um dado relevante, haja vista que um decréscimo na independência funcional está vinculado com o declínio da QVRS na maioria dos trabalhos revisados <sup>31,32,33,37</sup>. Todavia, é importante mencionar que mesmo os indivíduos independentes nas atividades da vida diária apresentam um declínio da QVRS. Este dado fortalece o conceito de que medidas isoladas da capacidade física não são adequadas em avaliar os pacientes portadores de DCV. A medida da qualidade de vida associada à avaliação objetiva da incapacidade funcional proporciona uma maior acurácia na classificação do nível da incapacidade física destes pacientes <sup>34</sup>.

Apesar do SF-36 mostrar resultados estatisticamente significativos em diferenciar a impressão pessoal da QVRS dos pacientes e de apresentar domínios que possuem uma correlação linear alta com domínios do SSQOL, já está descrito na literatura <sup>14,22,34</sup> que este possui desvantagens em relação aos questionários específicos por não abranger áreas que são significativamente afetadas, a exemplo da cognição, linguagem, função do membro e visão, além da baixa acurácia em diferenciar indivíduos que apresentam escores de qualidade de vida muito altos ou muito baixos (efeito solo/teto). Em concordância com este trabalho, estudos prévios já demonstraram a superioridade do uso de instrumentos específicos de avaliação da qualidade de vida <sup>14,20,22,23,34</sup>. Williams et al. <sup>23</sup> afirmam que a grande vantagem do SSQOL é a sua maior

sensibilidade em identificar as alterações causadas pela DCV, uma vez que este é capaz de abordar uma ampla variedade de prejuízos, incapacidades e limitações funcionais; além disso, ele apresenta um poder explicativo maior dessas alterações do que quando as mesmas são avaliadas separadamente.

Algumas limitações existentes neste trabalho devem ser destacadas. Os pacientes com seqüelas graves, como afasia, não foram incluídos no trabalho mesmo sabendo que o referido grupo deve apresentar prejuízos significativos na qualidade de vida <sup>21</sup>. Tais pacientes podem ser avaliados por meio de estudos que utilizam as respostas dos cuidadores. No entanto, um cuidado é necessário ao avaliar estes resultados, já que estudos prévios demonstraram a existência de uma disparidade entre as respostas dos responsáveis e a verdadeira resposta do doente, que tendem a apresentar uma percepção melhor da sua qualidade de vida em comparação à percepção dos seus responsáveis <sup>14,34</sup>. Outra limitação foi o uso de uma única questão sobre QVRS como dependente variável em nosso trabalho. Apesar de uma única questão não poder se responsabilizar pela alteração na QVRS, este tipo de medida foi utilizado com sucesso em outros trabalhos <sup>23,43</sup>. Ademais, todos os pacientes com melhor impressão pessoal da qualidade de vida apresentaram melhores escores médios em todos os instrumentos avaliados.

É importante assinalar a necessidade de avaliar o paciente de forma integral, considerando todos os aspectos relacionados à sua saúde, inclusive a sua opinião sobre isso. Tal cuidado pode nos oferecer grande ajuda para a compreensão do indivíduo e para a escolha da melhor forma de tratamento.

A Organização Mundial de Saúde define saúde como “um estado completo de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. O uso dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida como uma parte da avaliação do indivíduo ajudará a identificar e alvejar todos os aspectos da saúde a fim de fornecer resultados precisos sobre os sobreviventes da DCV.

## **6 CONCLUSÃO**

O presente estudo avaliou a qualidade de vida dos indivíduos portadores de doença cerebrovascular do tipo isquêmico.

O SSQOL apresentou sensibilidade superior em relação ao SF-36 em identificar os fatores relacionados com a alteração da qualidade de vida dos portadores de DCV.

Houve uma associação linear elevada entre os domínios do SSQOL e do SF-36 que medem o mesmo constructo teórico.

O questionário específico de avaliação da qualidade de vida (SSQOL) apresentou superior capacidade discriminativa em diferenciar o grau de incapacidade física dos indivíduos em relação ao questionário genérico SF-36.

## REFERÊNCIAS

1. Andreoli TE, Carpenter CCJ, Bennett JC, Plum F. Cecil Medicina Interna Básica. 4ª ed. Rio de Janeiro:Guanabara Koogan;1997.
2. Cabral NL, Longo AL, Moro CHC, Amaral CH, Kiss HC. Epidemiologia dos acidentes cerebrovasculares em Joinville, Brasil. Arq Neuropsiquiatr 1997;55(3-A):357-363.
3. Caneda MAG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de Escalas de Comprometimento Neurológico em Pacientes com Acidente Vascular Cerebral. Arq Neuropsiquiatr 2006;64(3-a):690-697.
4. Ferris A, Robertson RM, Fabunmi R, Mosca L. American Heart Association and American Stroke Association National Survey of Stroke Risk Awareness Among Women. Circulation 2005;111:1321-1326.
5. Souza MFM, Rocha FMM, Malta DC, Neto OLM, Siva JBJ. Epidemiologia das doenças do Aparelho Circulatório no Brasil: Uma Análise da Tendência da Mortalidade. Ver Soc Crdiol Estado de São Paulo 2006;1:48-62.
6. Mansur AP, Souza MFM, Favarato D, Avakian SD, César LAM, Aldrigui JM, et al. Stroke and Ischemic Heart Disease Mortality Trends in Brazil from 1979 to 1996. Neuroepidemiology 2003;22:179-183.
7. Carod-Artal J, Egido JA, González JL, Seijas V. Quality of Life Among Stroke Survivors Evaluated 1 Year After Stroke. Stroke 2000;31:2995-3000.
8. Mansur AP, Souza MFM, Timermann A, Ramires JAF. Trends of the Risk of Death due to Circulatory, Cerebrovascular, and Ischemic Heart Diseases in 11 Brazilian Capitals from 1980 to 1998. Arq Bras Cardiol 2002;79(3):277-84.
9. Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das Frequências dos Principais Fatores de Risco para Acidente Vascular Isquêmico em Idosos. Arq Neuropsiquiatr 2004;62(3-B):844-851.
10. Figin VL, Lawes CMM, Bennet DA, Anderson CS. Stroke Epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20<sup>th</sup> century. Lancet Neurology 2003;2:43-53.

11. Kim P, Warren S, Madill H, Hadley M. Quality of life of stroke survivors. *Qual Life Res* 1999;8(4):293-301.
12. Lofgren B, Nyberg L, Mattson M, Gustafson Y. Three years after in-patient stroke rehabilitation: A follow-up study. *Cerebrovasc Dis* 1999;9(3):163-170.
13. Lofgren B, Gustafson Y, Nyberg L. Psychological well-being 3 years after severe stroke. *Stroke* 1999;30(3):567-572.
14. Kranciukaite D, Rastenyte D. Measurement of quality of life in stroke patients. *Medicina Kaunas* 2006;42(9): 709-16.
15. Suenker IH, Nowak M, Misselwitz B, Kugler C, Schreiber W, Oertel WH, et al. Timecourse of health- related quality of life as determined 3, 6 and 12 months after stroke. Relationship to neurological deficit, disability and depression. *J Neurol* 2002;249(9):1160-1167.
16. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama* 1994;272(8):619-626.
17. Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* 2004;20(2):580-588.
18. Badía X, Rovira J. Evaluación económica de medicamentos. Um instrumento para la toma de decisiones em la práctica clínica y la política sanitaria. Barcelona:Luzán;1994. p. 5.
19. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993;2:153-9.
20. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Clark DO, Biller J. Development of a Stroke-Specific Quality of Life Scale. *Stroke* 1999;30:1362-1369.
21. Cordini KL, Oda EY, Furlanetto LM. Quality of life of patients with previous history of stroke: description of cases. *J Bras Psiquiatr* 2005;54(4):312-317.
22. Carod-Artal, F. J. Specific scales for rating quality of life after stroke. *Rev Neurol* 2004;39(11): 1052-62.
23. Williams LS, Weinberger M, Harris LE, Biller J. Measuring quality of life in a way that is meaningful to stroke patients. *Neurology* 1999;53:1839.

24. Santos AS, Pizzichini MM, Pizzichini E. Tradução e adaptação cultural para a língua portuguesa do Questionário Específico de Avaliação da Qualidade de Vida para a Doença Cerebrovascular (SSQOL) 2002. Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
25. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36 Item Short-Form Health Survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.
26. Wilma M. Hopman, M. J. V., Med. Quality of Life During and After Inpatient Stroke Rehabilitation. *Stroke* 2003;34(10).
27. Anderson C, Laubscher S, Burns R. Validation of the Short Form 36 (SF-36) health survey questionnaire among stroke patients. *Stroke* 1996;27:1812-1816.
28. Ciconelli, RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999;39(3).
29. Kasner SE. Clinical interpretation and use of stroke scales. *Lancet Neurol* 2006;5(7):603-12.
30. Caneda MCG, Fernandes JG, Almeida AG, Mugnol FE. Confiabilidade de escalas de comprometimento neurológico em pacientes com acidente vascular cerebral. *Arq. Neuro-Psiquiatr* 2006;64(3).
31. Duncan PW, Samsa GP, Weinberger M, Goldestein LB, Bonito A, Witter DM, et al. Health status of individuals with mild stroke. *Stroke* 1997;28:740-5.
32. Hackett ML, Duncan JR, Anderson CS, Broad JB, Bonita R. Health-related quality of life among long-term survivors of stroke: results from the Auckland Stroke Study. *Stroke* 2000;31:440-7.
33. Jonkman EJ, de Weerd AW, Vrijens NHL. Quality of life after a first ischemic stroke. *Acta Neurologica Scandinavia* 1998;98:169-75.
34. Saladin LK. Measuring of Life Post-Stroke. *Neurology Report* 2000;24:133-9.
35. Kong KH, Yang SY. Health-related quality of life among chronic stroke survivors attending a rehabilitation clinic. *Singapore Med J* 2006;47(3):213-218.
36. Nichols-Larsen DS, Clark PC, Zeringue A, Greenspan A, Blanton S. Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke* 2005;36(7):1480-4.
37. Kwa VI, Limburg M, de Haan RJ. The role of cognitive impairment in the quality of life after ischemic stroke. *J Neurol* 1996;243:599-604.



- 38.** Angeleri F, Angeleri VA, Foschi N, Gianquinto S, Nolfè G. The influence of depression, social activity, and family stress on functional outcome after stroke. *Stroke* 1992;24:1478-83.
- 39.** Paul SL, Sturm JW, Dewey HM, Donnan GA, Macdonell ALM, Thrift AG. Long-term Outcome in the North East Melbourne Stroke Incidence Study: Predictors of Quality of Life at 5 Years After Stroke. *Stroke* 2005;36:2082-2086.
- 40.** Herrmann N, Black SE, Lawrence J. The Sunnybrook Stroke Study. A prospective study of depressive symptoms and functional outcome. *Stroke* 1998;29:1099-104.
- 41.** Bays CL. Quality of life of stroke survivors: a research synthesis. *J Neurosci Nurs* 2001;33(6):310-6.
- 42.** King R. Quality of life after stroke. *Stroke* 1996;27:1467-72.
- 43.** Lindley R, Waddell F, Livingstone M. Can simple questions assess outcome after stroke? *Cerebrovasc Dis* 1994;4:314–332.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, resolução nº 001/2005, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de Setembro de 2005.

## **ANEXOS**

## ANEXO I

### Instrumento SSQOL adaptado para a língua portuguesa falada no Brasil

Iniciais do Paciente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Gostaríamos de saber como você está lidando com atividades ou sentimentos que podem, às vezes, ter sido afetados pelo derrame. Cada pergunta questiona sobre uma atividade ou sentimento específico. Para cada pergunta, pense sobre como esteve aquela atividade ou sentimento **durante a semana passada**.

O primeiro grupo de perguntas refere-se ao grau de dificuldade que você apresenta com uma atividade específica. Cada pergunta discursa sobre problemas que algumas pessoas apresentam após o derrame. Assinale no quadrado o número que melhor descreve o grau de dificuldade que você teve com aquela atividade **durante a semana passada**.

#### **DURANTE A SEMANA PASSADA:**

	Impossível fazer	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
CP1. Você teve dificuldade para preparar a comida?	1	2	3	4	5
CP2. Você teve dificuldade para comer, por Exemplo, para cortar ou engolir?	1	2	3	4	5
CP4. Você teve dificuldade para se vestir, por exemplo, para vestir as meias ou colocar os sapatos, para fechar botões ou o zíper?	1	2	3	4	5
CP5. Você teve dificuldade para tomar banho de banheira ou de chuveiro?	1	2	3	4	5
CP8. Você teve dificuldade para usar a privada?	1	2	3	4	5
V1. Você teve dificuldade para assistir televisão de forma que lhe impedisse apreciar um	1	2	3	4	5

programa?					
V2. Você teve dificuldade para alcançar objetos devido a problemas de visão?	1	2	3	4	5
V3. Você teve dificuldade para enxergar coisas em um dos lados da visão?	1	2	3	4	5
L2. Você teve dificuldade para falar, por exemplo, travar, gaguejar, enrolar ou pronunciar as palavras?	1	2	3	4	5
L3. Você teve dificuldade para falar e ser compreendido ao telefone?	1	2	3	4	5

**DURANTE A SEMANA PASSADA:**

	Impossível fazer	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
L5. Outras pessoas tiveram dificuldade para entender o que você disse?	1	2	3	4	5
L6. Você teve dificuldade em encontrar a palavra que queria dizer?	1	2	3	4	5
L7. Você precisou repetir para que os outros lhe compreendessem?	1	2	3	4	5
M1. Você teve dificuldade para andar? (se você não pôde andar, circule 1 e vá para a pergunta M7)	1	2	3	4	5
M4. Você perdeu o equilíbrio ao se curvar ou ao tentar pegar alguma coisa?	1	2	3	4	5
M6. Você teve dificuldade para subir escadas?	1	2	3	4	5
M7. Você teve dificuldade para andar ou usar cadeira de rodas,	1	2	3	4	5

necessitando parar e repousar?					
M8 Você teve dificuldade para ficar de pé?	1	2	3	4	5
M9 Você teve dificuldade para se levantar de uma cadeira?	1	2	3	4	5
T1. Você teve dificuldade para realizar tarefas domésticas diárias?	1	2	3	4	5
T2. Você teve dificuldade para terminar tarefas que iniciou?	1	2	3	4	5
T3. Você teve dificuldade para realizar tarefas que costumava fazer?	1	2	3	4	5

**DURANTE A SEMANA PASSADA:**

	Impossível fazer	Muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
FM1 Você teve dificuldade para escrever ou datilografar?	1	2	3	4	5
FM2 Você teve dificuldade para vestir as meias?	1	2	3	4	5
FM3 Você teve dificuldade para fechar os botões?	1	2	3	4	5
FM5 Você teve dificuldade para fechar o zíper?	1	2	3	4	5
FM6 Você teve dificuldade para abrir uma vasilha?	1	2	3	4	5

O próximo grupo de questões pergunta o quanto você concorda ou discorda de cada afirmação. Cada questão se refere a um problema ou sentimento que algumas pessoas apresentam após o derrame. Circule o número no quadrado que melhor expresse como você se sentiu a respeito de cada uma das afirmações **durante a semana passada**.

**DURANTE A SEMANA PASSADA:**

	Concord o muito	Concord o Parcial- mente	Não concord o nem discordo	Discord o parcial- mente	Discord o muito
MP2 Foi difícil para eu me concentrar.	1	2	3	4	5
MP3 Eu tive dificuldade em lembrar de coisas.	1	2	3	4	5
MP4 Eu tive que anotar coisas para me lembrar.	1	2	3	4	5
C1. Eu estava irritável	1	2	3	4	5

**DURANTE A SEMANA PASSADA:**

	Concord o muito	Concord o Parcial- mente	Não concord o nem discordo	Discord o parcial- mente	Discord o muito
C2. Eu estava impaciente com os outros.	1	2	3	4	5
C3. Meu comportamento mudou.	1	2	3	4	5
A2. Eu estava desanimado com o meu futuro.	1	2	3	4	5
A3. Eu não estava interessado em outras pessoas ou atividades	1	2	3	4	5
RF5. Eu não participei de atividades de lazer com minha família.	1	2	3	4	5
RF7. Eu me senti um peso para minha família.	1	2	3	4	5
RF8. Minha condição física interferiu na minha vida familiar.	1	2	3	4	5
RS1. Eu não saí com a frequência que eu gostaria.	1	2	3	4	5

RS4. Eu pratiquei meus passatempos e outras atividades de lazer por tempo menor que eu gostaria.	1	2	3	4	5
RS5. Eu não vi tantos amigos quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5
RS6. Eu pratiquei sexo menos freqüentemente do que eu gostaria.	1	2	3	4	5
RS7. Minha condição física interferiu na minha vida social.	1	2	3	4	5

**DURANTE A SEMANA PASSADA:**

	Concord o muito	Concord o parcialmente	Não concord o nem discordo	Discord o parcialmente	Discord o muito
A6. Eu me senti afastado das outras pessoas.	1	2	3	4	5
A7. Eu tive pouca confiança em mim mesmo.	1	2	3	4	5
A8. Eu não estava interessado em comida.	1	2	3	4	5
E2. Eu me senti cansado na maior parte do tempo.	1	2	3	4	5
E3. Eu tive que parar e descansar freqüentemente durante o dia.	1	2	3	4	5
E4. Eu estive muito cansado para fazer o que eu gostaria	1	2	3	4	5

Agora gostaríamos de perguntar como você se sente hoje em algumas áreas gerais comparado a como se sentia **antes do seu derrame**. Marque um X no quadrado para mostrar se cada área está muito pior, um pouco pior ou igual ao que era **antes** do seu derrame. Por favor,



lembre-se de comparar como você está **hoje** em relação a como você estava **antes do seu derrame ter acontecido**.

	Muito pior do que <b>antes do</b> meu derrame	Pior do que <b>antes do</b> meu derrame	Um pouco pior do que <b>antes do</b> meu derrame	O mesmo do que <b>antes do</b> meu derrame
1E. Meu nível de energia está				
2L. Minha fala está				
3M. Meu andar está				
4V. Minha visão está				
5FM O uso de meus braços ou . mãos está				
6MP O meu modo de pensar está .				
7A. O meu ânimo está				
8C. Meu comportamento está				
9T. Eu realizo minhas tarefas em casa ou no trabalho				
10C Eu posso cuidar de mim P. mesmo				
11R Eu faço coisas para minha F. família				
12R Eu faço coisas para meus S. amigos				
13 No geral, minha qualidade de vida está				

SSQoL Português falado no Brasil V1.0. --

## APÊNDICES

## APÊNDICE I

### CONSENTIMENTO INFORMADO

#### **ESTUDO: “AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM DOENÇA CEREBROVASCULAR DO TIPO ISQUÊMICO”**

Eu, \_\_\_\_\_ confirmo que o entrevistador \_\_\_\_\_ discutiu comigo este estudo. Eu compreendi que:

1. Este estudo é parte do Trabalho de Conclusão de Curso da estudante Mariana Quirino Tubone, do curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.
2. Noventa (90) participantes portadores de doença cerebrovascular em tratamento fisioterápico no Centro Catarinense de Reabilitação em Florianópolis foram sorteados a participar de uma entrevista para responder a vários testes psicométricos.
3. O objetivo deste estudo é comparar questionários específicos e genéricos na avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doença cerebrovascular tipo isquêmico.
4. Minha participação respondendo a estes questionários é muito importante porque ajudará na melhor avaliação da qualidade de vida de pacientes portadores de doença cerebrovascular do tipo isquêmico e, com isso, na criação de programas mais adequados de tratamento e reabilitação dos mesmos.
5. Eu posso escolher participar ou não deste estudo. Minha decisão em participar desta entrevista não implicará em quaisquer benefícios pessoais bem como não resultará em prejuízos pessoais.
6. Eu também sou livre para não participar desta entrevista. Isto não implicará em quaisquer prejuízos pessoais. Respondendo ao questionário, eu estarei concordando em participar da pesquisa.
7. Todos os dados contidos no meu questionário serão sigilosos e somente serão utilizados para esta pesquisa.
8. Se eu tiver dúvida a respeito, eu posso contatar a Mariana Quirino Tubone pelos telefones 91441089 ou 32229134.
9. Eu concordo em participar deste estudo.

Participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Entrevistador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_